

3. Влияние олеамида на судороги, вызванные у крыс пентилентетразолом / Р. Соломония [и др.] // Бюллетень экспериментальной физиологии и медицины. – 2008. – Том 145, № 2. – 175-187 с.

4. Влияние N-пальмитоилэтаноламина и N-стеароилэтаноламина в липосомальной форме на заживление экспериментальных ран кожи / Т. О. Павлють [и др.] // Экспериментальная хирургия. – 2016. – Том 24, № 5. – 425-435 с.

ЛИГАМЕНТОПАТИЯ ЗАДНЕЙ ДЛИННОЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОЙ СВЯЗКИ: МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ

Юрковский А. М., Назаренко И. В.

Кафедра внутренних болезней № 3 с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии
УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Актуальность. Возникновение синдрома боли в нижней части спины (синдрома БНЧС) связывают с функциональными и дистрофическими изменениями опорно-двигательного аппарата. Структурами, способными в случае их функциональной перегрузки или повреждения выступать генераторами боли, являются задние длинные крестцово-подвздошные связки (ЗДКПС) [1]. Диагностика патологии ЗДКПС осуществляется при помощи физикальных методов, диагностической блокады и сонографии [1-3]. Применение последней сдерживается отсутствием четких представлений о том, какие морфометрически параметры считать нормой, а какие – признаком патологии.

Цель – определить диагностически значимый уровень утолщения ЗДКПС у пациентов с ЗДКПС-индуцированным синдромом БНЧС.

Материалы и методы исследования. Толщина ЗДКПС была определена у 65 пациентов (возраст 17-74 года) с лигаментопатией указанной связки и 98 пациентов (возраст 19-86 лет) без синдрома БНЧС. Сонография проводилась на ультразвуковом сканере *Toshiba Aplio XG* (использовались датчики 7,5-16 МГц). Замеры производились в средней трети связки. Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics, Version 20.

Результаты и их обсуждение. Диапазон значений толщины связок (медиана 25 и 75-го перцентилей) в области средней трети был 1,3 (1,1-1,5) мм. При этом у 21,4% группы контроля выявлена «бессимптомная» разница в толщине контрлатеральных связок, не выходящая в большинстве случаев за пределы 8-14% (в 91,4%) и 18% –

в 8,6% случаев. Значимых различий между параметрами толщины ЗДКПС у женщин и мужчин не отмечено: 1,3 (1,2-1,5) мм и 1,3 (1,1-1,5 мм), соответственно.

Иная картина наблюдалась у пациентов с лигаментопатией ЗДКПС: в данной группе дорсальный и вентральный контуры связок, как правило, были нечеткими, эхо-структура — «смазанная» (в 97% случаев). Кроме того, у ряда пациентов (в 41,5% случаев) выявлялись гипоехогенные участки в пределах связок, чаще всего в проксимальной трети, и микрокальцинаты (в 12% случаев). Диапазон значений толщины ЗДКПС в группе пациентов с лигаментопатией был также выше, чем в группе контроля: 1,95 (1,8-2,3) мм и 1,3 (1,1-1,5) мм, соответственно. Столь же заметной оказалась разница и между выраженностью асимметрии морфометрических параметров контрлатеральных связок при сравнении группы с лигаментопатией ЗДКПС и группы контроля: у пациентов с лигаментопатией на «симптоматической» стороне толщина связок была в диапазоне 36% (26-50%), в группе контроля — 13% (10-16%), то есть в группе с лигаментопатией ЗДКПС толщина связки на «симптоматической» стороне всегда превышала «допустимые» пределы более чем на четверть. Та же закономерность прослеживалась и при двухсторонней лигаментопатии ЗДКПС, имевшей место в 6,3% случаев: толщина связок была заметно выше показателей контрольной группы: 2,9 (2,4-3,3) мм против 1,3 (1,1-1,5) мм.

Возникающие в связках изменения проходят определённые стадии: стадию реактивных изменений, стадию потенциально обратимых изменений и, наконец, стадию необратимых изменений [4]. Стадия реактивных изменений представляет собой кратковременное адаптивное и относительно гомогенное утолщение связки с сохранением фибриллярности текстуры. Скорее всего, этой стадии и соответствует незначительное (в диапазоне от 18 до 25%) утолщение ЗДКПС. Что касается утолщения от 26% и выше, то у всех пациентов этой группы помимо утолщения связки имелись и структурные изменения: «смазанность» текстуры, гипоехогенные фокусы в связке и микрокальцинаты в зоне, пограничной с проксимальным энтезом. Подобные изменения присущи стадии необратимых изменений: в пользу этого предположения говорит и то, что у всех пациентов в анамнезе были неоднократные и длительные эпизоды синдрома БНЧС. Приведенные данные согласуются с данными ряда авторов, выявивших статистически значимую взаимосвязь между поперечным сечением структур, состоящих из оформленной плотной волокнистой соединительной ткани,

и стадией патологического континуума, т. е. с выраженностью дистрофических изменений, а также между интенсивностью боли и степенью их утолщения [3].

Выводы. Утолщение ЗДКПС в пределах 13% (10-16%) не является диагностически значимым; утолщение ЗДКПС на 18-25% по сравнению с возрастным нормативом или же сопоставимым участком контрлатеральной связки может соответствовать стадии потенциально обратимых изменений патологического континуума; утолщение ЗДКПС от 26% и выше может соответствовать стадии необратимых изменений патологического континуума.

Литература

1. The function of the long dorsal sacroiliac ligament: its implication for understanding low back pain / A. Vleeming [et al.] // Spine. – 1996. – Vol. 21, № 5. – P. 556-562.
2. Effect of the sacroiliac ligament block on intractable low back pain in elderly patients / S. Matsumoto [et al.] // Masui. – 2012. – Vol. 61, № 9. – P. 993-997.
3. Юрковский, А. М. Сонография задних крестцово-подвздошных связок: топографо-анатомические и методические аспекты / А. М. Юрковский, О. И. Аникеев, С. Л. Ачинович // Журнал ГрГМУ. – 2014. – № 3. – С. 12-16.
4. Юрковский, А. М. Есть ли патологический континуум при повреждениях подвздошно-поясничной связки? / А. М. Юрковский // Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – № 4. – С. 27-32.

ЛИГАМЕНТ-ИНДУЦИРОВАННЫЙ СИНДРОМ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ В ОБЛАСТЬ ЗАДНЕЙ ДЛИННОЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОЙ СВЯЗКИ

Юрковский А. М., Назаренко И. В.

Кафедра внутренних болезней № 3 с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии
УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Актуальность. Признаки поражения задней длинной крестцово-подвздошной связки (ЗДКПС) выявляются у 44-47% пациентов, имеющих признаки синдрома боли в нижней части спины (синдрома БНЧС). Предполагается, что патологические изменения в ЗДКПС с исходом в СБНС могут возникнуть при динамической нагрузке, превышающей её функциональные возможности [1]. Основными диагностическими критериями, используемыми для диагностики лигаменто-